

Organisation/ Unternehmen/ Einrich-

Mitgliederantrag

Hiermit wird die Mitgliedschaft im Deutsch-Polnischen Gesundheits- und Sozialverband e.V. beantragt:

tung	
Ansprechpartner Vorname, Name	
Anschrift Straße./Nr. / PLZ/Ort	
Telefon	
E-Mail	
Anzahl der Mitarbeitenden in der Organisation/Unternehmen/ Einrichtung	
Höhe des Jahresbeitrags in EUR/ zł	
Ort/ Datum	Unterschrift
Wochen möglich. Die Mitgliedsdaten werden vertraulich	folgen und ist zum Ende des Geschäftsjahres mit einer Frist von sechs h behandelt. Ich erkläre, die Satzungs- und Beitragsordnung, die auf der mäß gelesen zu haben. Ich stimme den Inhalten zu und werde sie einhal-
Einzugsermächtigung	
Höhe des jährlichen Beitrags in Euro / zł	
Name des Kontoinhabers:	
BIC:	
IBAN:	
Name des Geldinstitut:	
Ort/Datum	Unterschrift: